Centro Estivo STAY APP, ESTATE 2022

✓ NOI SOTTOSCRITTI (nome e cognome dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale):

MADRE_____ PADRE_____

AUTORIZZIAMO NOSTRO/A FIGLIO/A _____

CODICE FISCALE del minore |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NATO/A A_____ IN DATA_____

RESIDENTE A_____

TELEFONO casa _____ TELEFONO cellulare_____

INDIRIZZO MAIL _____

A PARTECIPARE ALLE ATTIVITA' PROPOSTE DAL SERVIZIO **"STAY APP"** NELLE SEGUENTI SETTIMANE
(al fine di offrire la soluzione più funzionale, è possibile indicare più opzioni di vostro interesse per la stessa settimana):

1. **SETTIMANA 18-22 LUGLIO** □ **SI** □ **NO**
2. **SETTIMANA 25-29 LUGLIO** □ **SI** □ **NO**

SEGNALIAMO INOLTRE CHE

☐ NOSTRO/A FIGLIO/A NON HA PATOLOGIE IN ATTO, PROBLEMI CRONICI DI SALUTE, ALLERGIE E/O INTOLLERANZE AD ALIMENTI O SOSTANZE PRESENTI NEGLI OGGETTI.

☐ NOSTRO/A FIGLIO/A SOFFRE DI (segnalare eventuali allergie alimentari, a sostanze contenute negli oggetti, patologie croniche o problemi rilevanti di salute): ……..

☐ È PRESENTE UNA DIAGNOSI FUNZIONALE (DSA, DVA, A.D.H.D.) E/O È STATO RICONOSCIUTO COME RAGAZZO/A CON BES (BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI): specificare tipologia e intensità……..

✓ DATA LA MINORE ETA' DI NOSTRO/A FIGLIO/A:

☐ AUTORIZZIAMO NOSTRO/A FIGLIO/A A LASCIARE LA STRUTTURA IN AUTONOMIA

☐ NON AUTORIZZIAMO NOSTRO/A FIGLIO/A A LASCIARE LA STRUTTURA IN AUTONOMIA

DATA_____ FIRMA GENITORE_____

FIRMA GENITORE_____

✓ AUTORIZZIAMO INOLTRE ELABORANDO COOPERATIVA SOCIALE A R.L. DI BUSTO A. (VA) AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI NOSTRO/A FIGLIO/A, LIMITATAMENTE A QUANTO CONCERNE I SEGUENTI DATI OBBLIGATORI: Cognome e nome, Luogo e data di nascita, Residenza, contatto telefonico e/o mail E AL TRATTAMENTO DELL'IMMAGINE e DEI DATI SENSIBILI DI NOSTRO/A FIGLIO/A, ESCLUSIVAMENTE PER LE ATTIVITÁ EDUCATIVE SVOLTE ALL'INTERNO DEL PROGETTO, AI SENSI DEL d.lgs. 30/06/2003 n°196 e del Regolamento Europeo 2016/679 (GDRP). PER MAGGIORI DETTAGLI SI RIMANDA ALL'INFORMATIVA COMPLETA, CONSULTABILE SUL SITO www.elaborando.it – QUALORA NON FOSSE POSSIBILE ACCEDERE AL SITO LA STESSA É CONSERVATA PRESSO IL SERVIZIO.

DATA_____ FIRMA GENITORE_____

FIRMA GENITORE_____

Il pagamento della quota d'iscrizione va intestato a ELABORANDO COOPERATIVA a r.l.
IBAN: IT07V0840422800000000000177